B. Kissel

1971

AUS DER UNIVERSITÄTS-NERVENKLINIK HOMBURG/SAAR

Direktor: Professor Dr.med. H.-H. MEYER

SELBSTMORDHANDLUNGEN IM SAARLAND

Retrospektive Auswertung von 1241 Selbstmorden
und Selbstmordversuchen aus den Jahren 1964-1968

INAUGURALDISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde der

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER UNIVERSITÄT DES SAARLANDES

1971

vorgelegt von

Bernd KISSEL

geb. am 3o.1.1946 in Tirschenreuth

Dekan: Professor Dr. H. KULENKAMPFF

Referent: Professor Dr. W. SCHMITT

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Die Prüfung wurde am 21.12.1971
abgelegt.

INHALT

		Seite
A.	EINLEITUNG	3
B.	FRAGESTELLUNG	6
C.	ERGEBNISSE	7
	a. Gesamtauszählung	7
	b. Auszählung der Klinikdaten	30
D.	ERLÄUTERUNGEN ZU DEN ERGEBNISSEN	46
	1. Gesamte Auszählung	47
	2. Auszählung der Klinikdaten	60
E.	ZUSAMMENFASSUNG	65
F.	LITERATURVERZEICHNIS	66

A. EINLEITUNG

Nachdem um die Mitte des letzten Jahrhunderts aus der philosophischen Betrachtung der Selbstzerstörung endlich eine Erforschung der Bedingungen begonnen worden war, unter denen ein Mensch zu einer Handlung gezwungen wird, die seine Existenz vernichten kann, wurden zunächst viele Bemühungen darauf gerichtet, einige wichtig erscheinenden Daten zu erhalten. Die Beziehungen der Menschen zu ihrer Umgebung spielten dabei eine große Rolle, zumal das zunehmende Interesse der Ärzte etwa mit der steigenden Unsicherheit der Menschen und dem dadurch bedingten Steigen der Selbstmordziffern in der Zeit der industriellen Revolution zusammenfällt. Allerdings ist die Zunahme nach 1880 nicht einheitlich und die Entwicklung in einigen Ländern scheint eher die Annahme zuzulassen, daß die Vorteile der steigenden Industrialisierung den Menschen bis zu einem gewissen Grad stabilisieren können. Die Suizidhäufigkeit in Dänemark, der Schweiz und Frankreich fiel in dem Zeitraum von 1881 - 1890 mit 25,5 / 100 000, 22,7 / 100 000 und 20,7 / 100 000 auf 22,05 / 100 000, 20,88 / 100 000 und 16,66 / 100 000 bis zu dem Zeitraum von 1955 - 1959 ab.

Die Ursache dieser Verminderung bleibt uns unklar, da alle Länder einem Industrialisierungsprozeß unterworfen waren. Das Verständnis dieser Entwicklung wird dadurch erschwert, daß die Zahlen für 1961 - 1963 wieder stark angestieben sind und zum Teil den Stand von 1881 - 1890 übersteigen (Schweiz mit 23,3 / 100 000) oder wieder erreichen (Frankreich 20,7 / 100 000). Dänemark liegt hier etwas günstiger mit 24,2 / 100 000.

In den Ländern, die von dem Zeitraum 1881 - 1890 an eine Zunahme der Suizidraten verzeichnen mußten, wie etwa Österreich, Schweden, England, Norwegen, Schottland, Niederlande, Italien, Finnland, Spanien, könnte zum Teil die Industrialisierung, zum Teil aber auch die Aufgabe nationaler Bestrebungen und Belange Suizid fördernd gewirkt haben.

Die Lehre von der ausschließlich betriebenen Theorie führte letztlich zu teilweise umfangreichen und dann auch erfolgreichen Therapieversuchen, die 1957 mit Entgiftungsstationen unter E.RINGEL begannen. Sehr schnell kamen Forschungszentren in Basel, Bonn, Los Angeles und Frankfurt dazu. Etwa parallel dazu entwickelte K. THOMAS, angeregt durch ähnliche Einrichtungen in Wien,

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552701_0025

London und Helsingborg, in Berlin eine telefonische Lebensmüdenbetreuung, die mit ehrenamtlich tätigen Ärzten, Psychologen und Sozialhelfern besetzt ist.

Die Ergebnisse sind, wenn sie, wie in Wien, an konsequenter und ausreichender Betreuung der gefährdeten Personen gemessen werden können, sehr gut.

So gingen die Selbstmordziffern für Wien von 35 im Jahre 1953 auf 22 im Jahre 1968 zurück; das bedeutet in diesem Zeitraum ein Rückgang von 32 % auf 23 % gemessen an den Selbsttötungen in Österreich.

Diese wenigen Angaben sind zwingend für eine Soziologie, Psychiatrie und Psychologie der Selbstmordhandlungen.

Nachfolgende Arbeit beschäftigt sich mit der zahlenmäßigen Erfassung des Selbstmordproblems, wobei in einigen Fällen eine Deutung der Ergebnisse mit Vergleich anderer Resultate versucht wird.

B. FRAGESTELLUNG

Nach den Angaben des Statistischen Landesamtes in Saarbrücken begingen in den Jahren 1964 - 1968 460 Frauen und 781 Männer Selbstmordhandlungen. Anhand dieser Angaben wurden in der Nervenklinik Homburg und der Landesnervenklinik Merzig nach Patienten gesucht, die zu irgendeinem Zeitpunkt vor, während oder nach ihrer Selbstmordhandlung in einer oder möglicherweise beiden Kliniken zur stationären Aufnahme kamen. Ein Fragebogen wurde erstellt, der verschiedene Klinikdaten des Patienten und seiner Weiterbehandlung nach dem Klinikaufenthalt festhalten sollte. Darüberhinaus war nach der Suizidart, den mutmaßlich auslösenden Momenten und einer möglichen "Broken home" Situation gefragt. Im folgenden wird also unterschieden zwischen den Klinikdaten und den Landesamtdaten. Lediglich bei der Auswertung der Personalien, der Unterscheidung von Selbstmord (SM) und Selbstmordversuch (SMV), Beruf und dem mutmaßlichen Motiv kann die Gesamtzahl Verwendung finden. Einer Auszählung der Einzelspalten steht eine Auszählung der Spaltenkombinationen und Korrelationen gegenüber, die mit Hilfe einer elektronischen Rechenanlage vorgenommen wurde.

C. ERGEBNISSE

a. Gesamtauszählung.

Von 1241 Personen, die Selbstmordhandlungen begingen, waren 235 in der Universitäts-Nervenklinik Homburg/Saar bzw. in der Landesnervenklinik Merzig/Saar: 148 Männer mit 69 Selbstmorden (46,6 %), 87 Frauen mit 52 Selbstmorden (59,8 %).

Bei den restlichen 1006 Selbstmordhandlungen waren 633 Männer mit 414 Selbstmorden und 373 Frauen mit 177 Selbstmorden beteiligt. Es ergibt sich daraus, daß von insgesamt 781 Männern 483 (61,9 %) Selbstmord begingen, während von insgesamt 460 Frauen 229 (49,7 %) Selbstmord begingen.

Die folgenden Abbildungen und Tabellen zeigen Ergebnisse aus dem gesamten Zahlenmaterial.

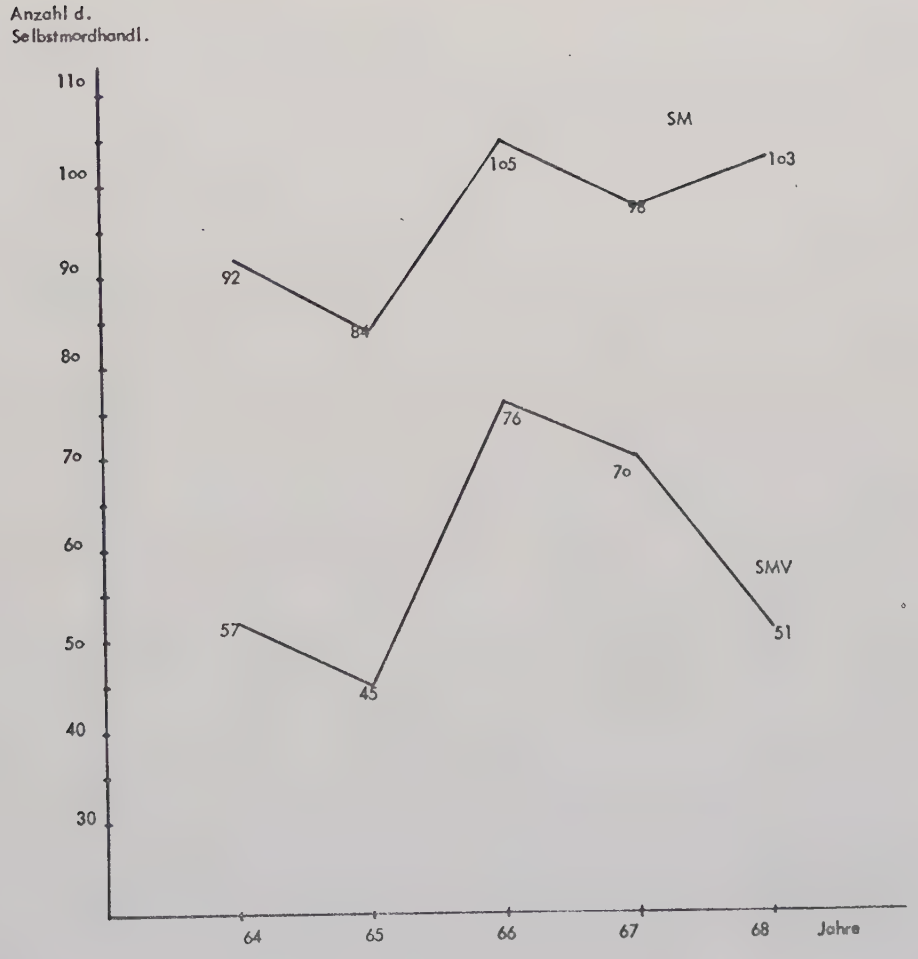

Abb. 1: zeigt die jährliche Verteilung der Selbstmorde und Selbstmordversuche bei Männern.

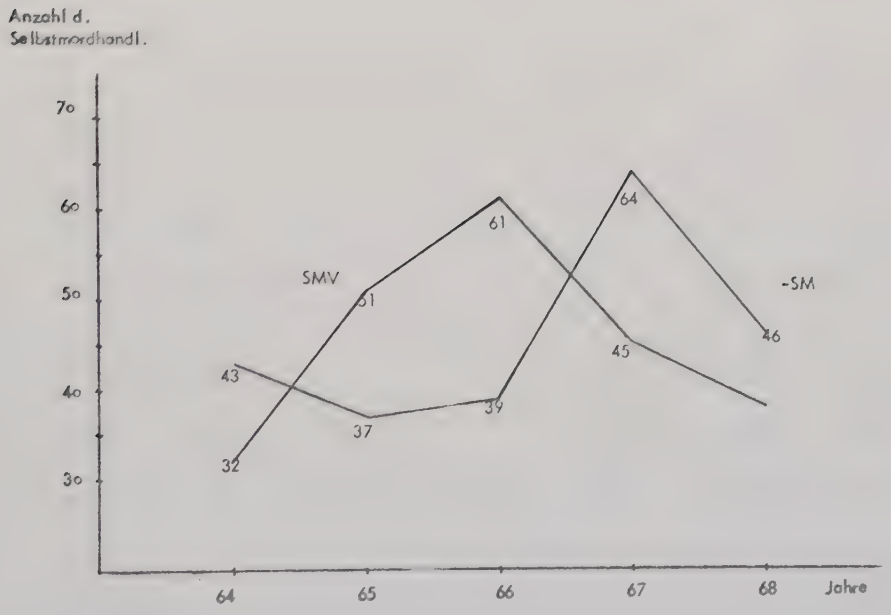

Abb. 2: zeigt die jährliche Verteilung der Selbstmorde und Selbstmordversuche bei Frauen.

Die Tabellen I und III beziehen sich jeweils nur auf den männlichen bzw. weiblichen Teil der Bevölkerung und lassen damit genauer die Selbstmordsituation bei Männern bzw. Frauen erkennen, als dies mit den auf die Gesamtbevölkerung bezogenen Zahlen (Tabellen II und IV) möglich ist.

Tabelle I: Anteil der Männer mit Selbstmordhandlungen (1) / Selbstmorden (2) an der männlichen Gesamtbevölkerung des Saarlandes pro 10 000 von 1964 - 1968.

(1)		(2)	
1964	2,7	1964	1,7
1965	2,4	1965	1,5
1966	3,3	1966	1,9
1967	3,1	1967	1,6
1968	2,8	1968	1,9

Tabelle II: Anteil der Männer mit Selbstmordhandlungen an der Gesamtbevölkerung des Saarlandes pro 10 000 von 1964 - 1968.

1964	1,2
1965	1,1
1966	1,6
1967	1,4
1968	1,3

Tabelle III: Anteil der Frauen mit Selbstmordhandlungen (1) / Selbstmorden (2) an der weiblichen Gesamtbevölkerung des Saarlandes pro 10 000 von 1964 - 1968.

	(1)		(2)
1964	1,2	1964	o,74
1965	1,4	1965	o,63
1966	1,6	1966	o,65
1967	1,8	1967	1,o7
1968	1,4	1968	o,77

Tabelle IV: Anteil der Frauen mit Selbstmordhandlungen an der Gesamtbevölkerung des Saarlandes pro 10 000 von 1964 - 1968.

1964	o,67
1965	o,78
1966	o,88
1967	o,96
1968	o,74

Tabelle V: Selbstmordhandlungen bezogen auf das Alter mit Selbstmordanteil in Prozent.

männlich		davon SM in %	weiblich		davon SM in %
11 - 15	11	54,6 %	11 - 15	19	1o,5 %
16 - 2o	52	42,3 %	16 - 2o	51	11,7 %
21 - 3o	2o6	49,o %	21 - 3o	93	27,9 %
31 - 4o	163	57,o %	31 - 4o	84	41,6 %
41 - 5o	112	67,8 %	41 - 5o	7o	52,8 %
51 - 6o	112	8o,3 %	51 - 6o	77	83,1 %
61 - 7o	9o	84,4 %	61 - 7o	41	9o,2 %
71 - 8o	24	95,5 %	71 - 8o	17	88,2 %
81 - 9o	6	83,3 %	81 - 9o	2	1oo,o %
Gesamt: 776			Gesamt: 454		
5 ohne Ereignisdat.			4 ohne Ereignisdat.		
			2 ohne Geburtsdat.		

Die Einteilung der Altersgruppen bis 2o Jahre wurde so gewählt, daß die Zunahme der Selbstmordhandlungen nach dem 15. Lebensjahr deutlich wird. Die folgende Einteilung in Lebensjahrzehnte erfolgte nach W. PÖLDINGER.

Tabelle VI: Altersaufbau der Saarländischen Bevölkerung in Prozent, bezogen auf den männlichen bzw. weiblichen Teil der Bevölkerung. Das Jahr 1965 wurde gewählt, da die Verteilung dem Mittelwert der 5 Jahre entspricht.

	männlich	weiblich
11 - 15	6,7 %	5,9 %
16 - 2o	7,3 %	6,2 %
21 - 3o	15,1 %	13,7 %
31 - 4o	14,5 %	12,7 %
41 - 5o	1o,5 %	12,4 %
51 - 6o	11,2 %	13,5 %
61 - 7o	9,3 %	1o,6 %
71 - 8o	3,5 %	5,1 %
81 - 9o	o,9 %	1,2 %

Tabelle VII: Altersaufbau der Suicidanten getrennt nach SM und SMV in % bezogen auf den männlichen bzw. weiblichen Teil der Auszählung.

	männlich		weiblich	
	SM	SMV	SM	SMV
11-15	o,8 %	o,7 %	o,4 %	3,9 %
16-2o	2,8 %	3,8 %	1,3 %	9,7 %
21-3o	12,9 %	13,5 %	5,6 %	14,6 %
31-4o	11,7 %	8,9 %	7,6 %	1o,6 %
41 -5o	9,7 %	4,7 %	8,o %	7,3 %
51-6o	11,5 %	2,9 %	13,8 %	2,7 %
61-7o	9,7 %	1,8 %	8,o %	o,8 %
71-8o	2,9 %	o,1 %	3,2 %	o,4 %
81-9o	o,6 %	o,1 %	o,4 %	-

Tabelle VII gibt einen guten Überblick über den tatsächlichen Anteil der verschiedenen Altersgruppen, da zum Vergleich mit dieser Tabelle eine Altersverteilung der Saarländischen Bevölkerung vorgenommen wurde (Tabelle VI).

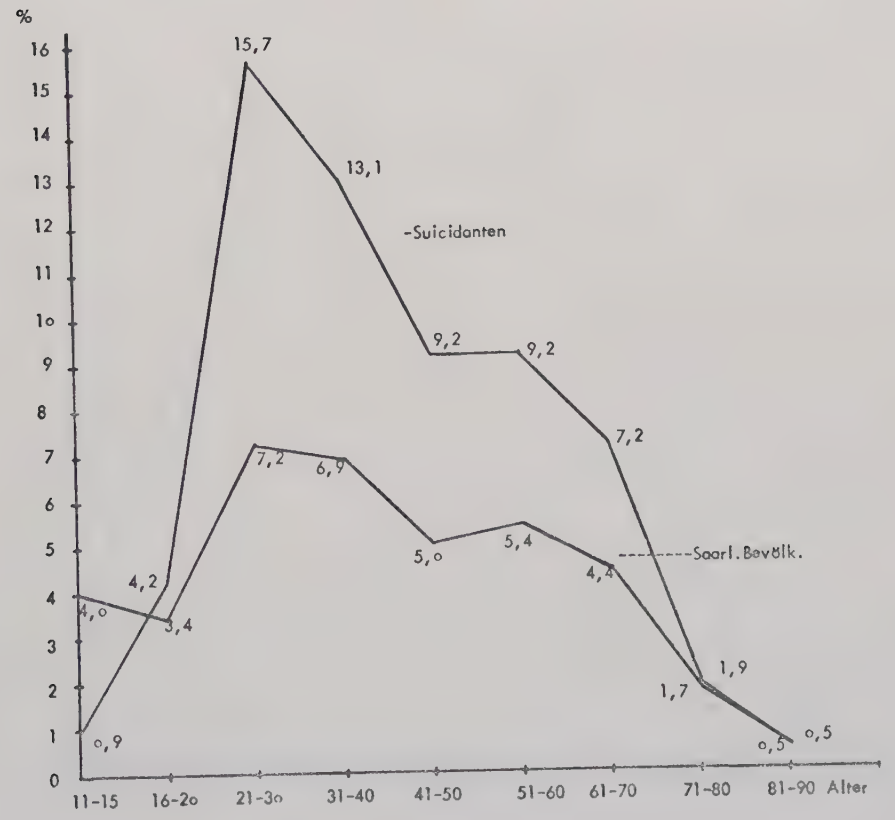

Abb. 3: zeigt die prozentuale Altersverteilung der männlichen Gesamtbevölkerung und der männlichen Suicidanten. Es wird gezeigt, daß mit Ausnahme bei den 11-15jährigen und der 81-90jährigen der Anteil an Selbstmordhandlungen über der Normalvertretung der Bevölkerung liegt.

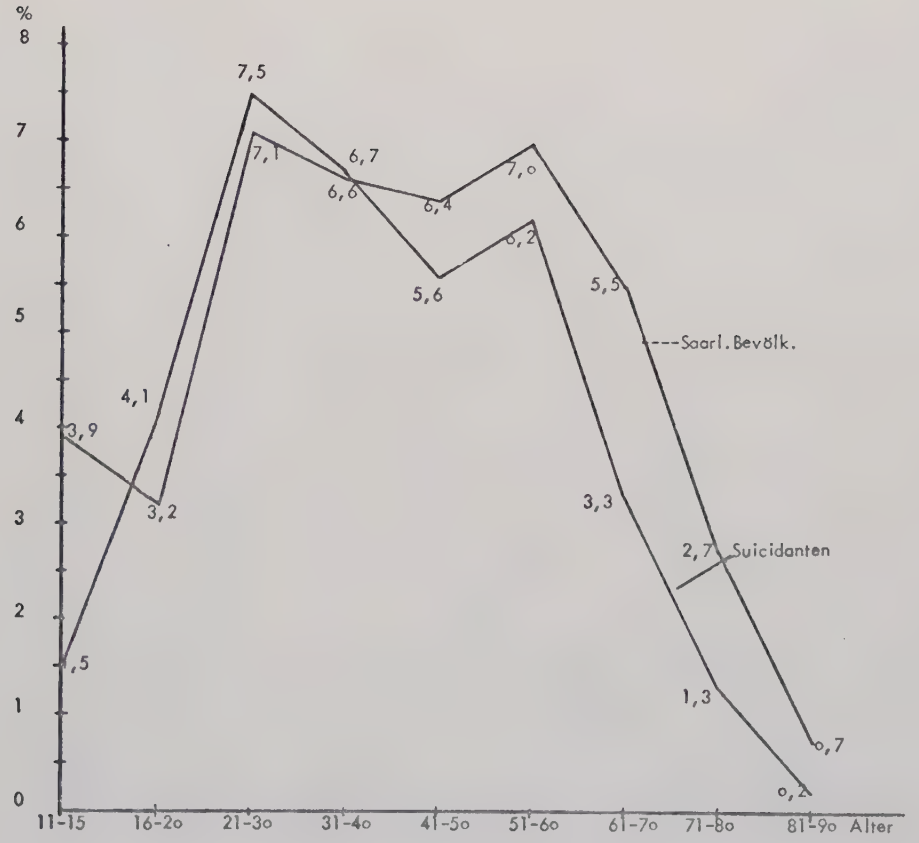

Abb. 4: zeigt die prozentuale Altersverteilung der weiblichen Suicidanten und der weiblichen Gesamtbevölkerung. Im Gegensatz zu den Verteilungskurven der Männer laufen hier beide Kurven parallel.

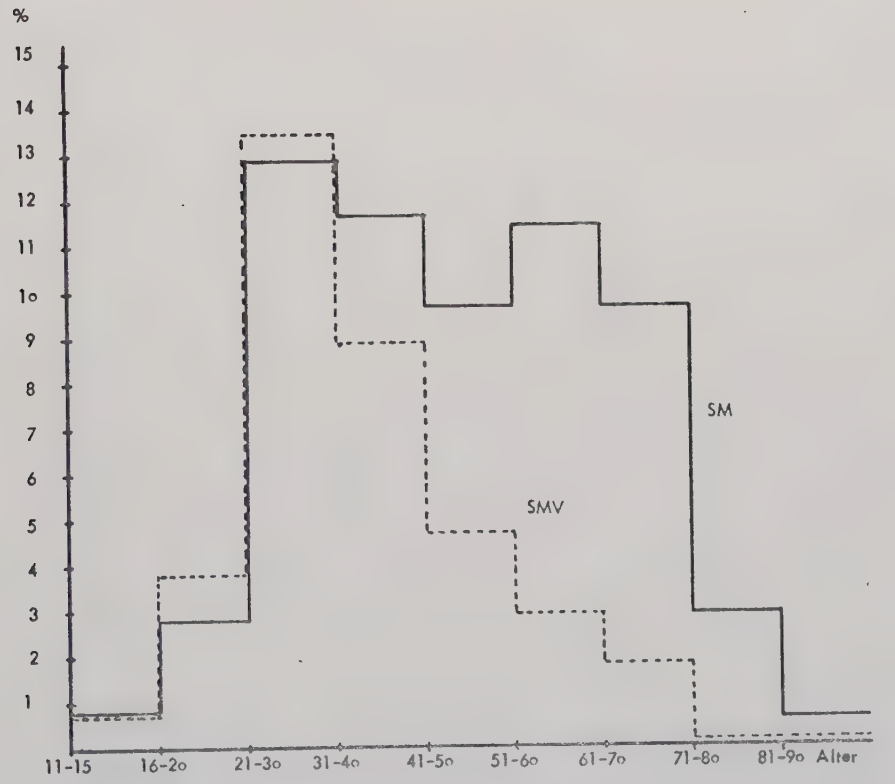

Abb. 5: Nach Tabelle VII angefertigte Verteilungskurven der Selbstmorde und Selbstmordversuche unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht. (männl.)

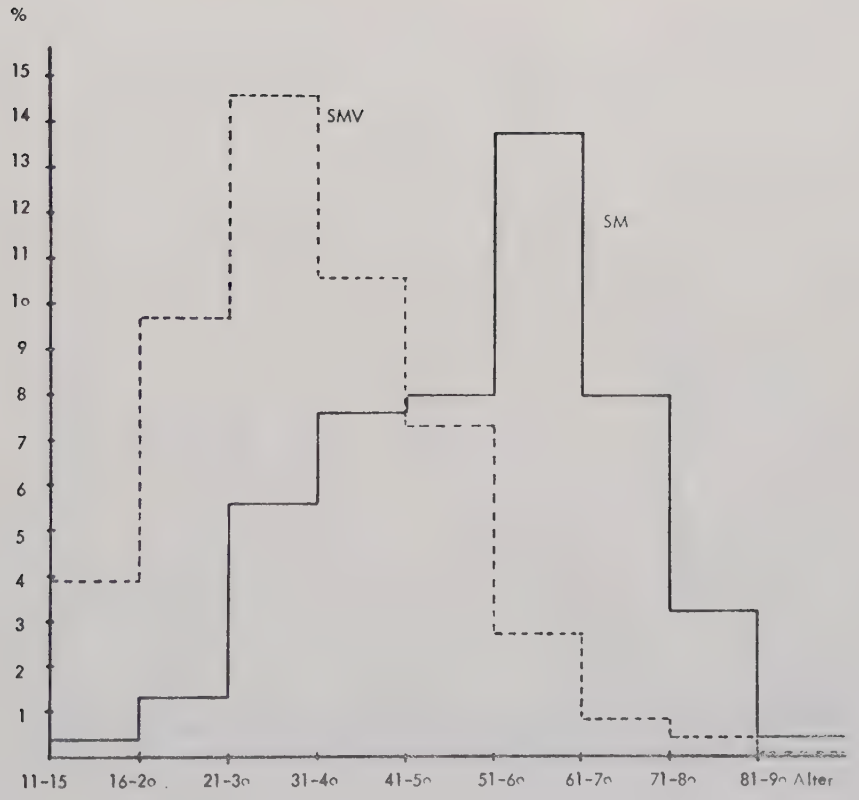

Abb. 6: Nach Tabelle VII angefertigte Verteilungskurven der Selbstmorde und Selbstmordversuche unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht. (weibl.)

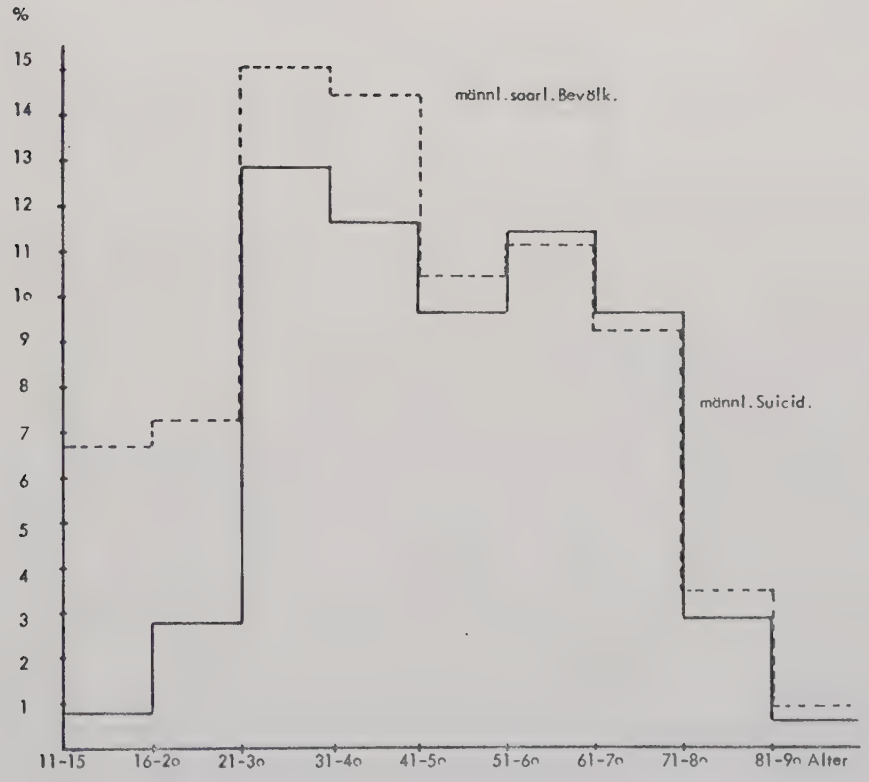

Abb. 7: Nach Tabelle VI und VII angefertigte Verteilungskurven der saarländischen Bevölkerung und der Selbstmorde, bezogen auf das Alter und den männlichen bzw. weiblichen Teil. (männl.)

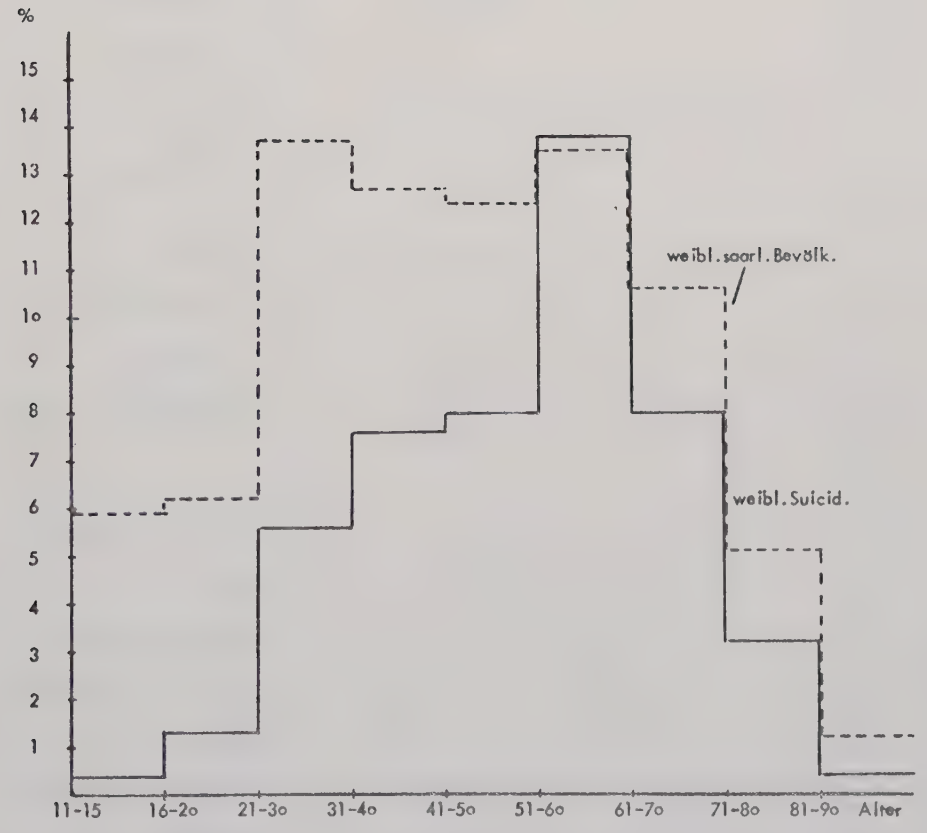

Abb. 8: Nach Tabelle VI und VII angefertigte Verteilungskurven der saarländischen Bevölkerung und der Selbstmorde, bezogen auf das Alter und den männlichen bzw. weiblichen Teil. (weibl.)

Tabelle VIII:

Alter	Hypnotica Analgetica a)	Psychopharm.	and. Medik.	Alkohol	Pflanzen-Rattengift	and. chem. Stoffe	ätzende Flüssgk.	Gas	mehrere hiervon	erhängen b)	ertränken	Verkehrstod	Sturz	Schnitt i.d. Kehle	Schnitt i.d. Pulsader	and. Schnitt-od. Stichverletzg.	erschießen	mehrere hiervon	keine hiervon / a + b
11-15	1		2					2		4			1				1		
16-2o	12		5		2	4		9		4		2	3		5	2	3		1
21-3o	39		14	1	14	1		25	5	37	8	5	5		23	11	14		4
31-4o	28	3	6	1	8	1	1	29	4	38	3	5	4	2	7	2	18	2	1
41-5o	16		2		9	1	2	21	1	36	1	7	1		4	3	7		1
51-6o	15		3		7	1	1	12	1	49	2	5	2		3	1	6	3	1
61-7o	1o		2		2	1		5	1	43	4		5		7	3	5	2	
71-8o	4							2		11	3		2		1		1		
81-9o					1					2	2				1				
	125	3	34	2	43	9	4	1o5	12	224	23	24	23	2	51	22	55	7	8

Gesamtzahl der Fälle: 776 (männl.)

Tabelle IX:

Alter	a) Hypn.Analgetica	Psychopharm.	and.Medikament	Alkohol	Pflanzen-Raffengift	and.chem.Stoffe	ätzende Flüssg.	Gas	mehrere hiervon	b) erhängen	ertränken	Verkehrstod	Sturz	Schnitt i.d.Kehle	Schnitt in die Pulsader	and.Schnitt- oder Stichverl.	erschießen	mehrere hiervon	keine hiervon / a+b
11-15	6	1	3	2			1			2			2			1		1	
16 - 2o	19	3	8	1	1			3	4	2	3	1	2		3				1
21 - 3o	44	2	8	1			1	5	4	4	4	1	5		7	1	3	2	1
31 - 4o	29	4	6	2	3		3	9	1	4	8	4	8	1	2				
41 - 5o	24	2	6	3			3	8	1	8	4		2		8		1		
51 - 6o	18	1	2			1	2	12	1	17	7	3	8		4			1	
61 - 7o	5		1	1			1	7	1	7	6	2	6		2	1		1	
71 - 8o		1	2						1	5	1	1	3	1	1				1
81 - 9o											2								
	145	14	36	1o	5	11	44	13		49	35	12	36	2	27	3	4	5	3

Gesamtzahl der Fälle: 454 (weibl.)

Die Tabellen VIII und IX zeigen die Anwendung verschiedener Mittel bei Selbstmordhandlungen in den einzelnen Altersgruppen. Es wurde eine Aufteilung in "weiche" (a) und "harte" (b) Suicidmittel vorgenommen. In der Tabelle VIII sind 5 Personen und in der Tabelle IX 6 ohne Altersangabe.

Tabelle X: Häufigste Suicidmittel bei vollendetem Suicid.

Suicidmittel	männlich	weiblich
a)		
Hypnotica, Analgetica	36	45
Psychopharmaka	-	-
andere Medikamente	6	8
Alkohol	-	-
Pflanzen-, Rattengift	38	7
andere chem.Stoffe	5	2
ätzende Flüssigkeit	3	8
Gas	57	28
mehrere	8	8
b)		
Erhängen	2o8	42
Ertränken	18	28
Verkehrstod	2o	11
Sturz	16	26
Schnitt: Kehle	-	2
Schnitt: Pulsader	5	5
andere Stich- u.Schnittverl.	2	-
Erschießen	46	2
mehrere	7	5
keine hiervon (für a)+b))	8	2

Auffallend wenige Selbstmörder verwenden mehrere Mittel aus der Gruppe a) (weiche Mittel) bzw. aus der Gruppe b) (harte Mittel); gleichzeitige Verwendung von a) und b) kommt nicht vor.

Tabelle XI: Berufsverteilung (männlich)

	Anzahl d. SMH	SM	% d.SM
Freie Berufe	64	44	68,7 %
Beamte	22	17	77,2 %
Angestellte	119	72	6o,5 %
Lehrlinge	36	18	5o,o %
Hilfsarbeiter	154	91	59,1 %
Facharbeiter	2o9	1o9	52,1 %
ohne Beruf/Pension.	13o	121	93,o %
Schüler/Studenten	27	5	18,4 %

20 ohne Berufsangabe, davon 10 SM.

Tabelle XII: Berufsverteilung (weiblich

	Anzahl d. SMH	SM	% d.SM
Freie Berufe	17	8	47,o %
Beamte	-	-	-
Angestellte	82	28	34,1 %
Lehrlinge	14	2	14,2 %
Hilfsarbeiter	17	7	41,1 %
Facharbeiter	1	-	-
ohne Beruf/Pension.	19	11	57,8 %
Hausfrauen	22o	125	56,8 %
Schüler/Studentinnen	2o	3	15,o %

70 ohne Angaben über Berufstätigkeit, mit 41 SM.

Die beiden Tabellen XI und XII zeigen die Anzahl der Berufe in der erfaßten Gesamtgruppe. Ein schwieriges Problem stellt dabei die Abgrenzung der Hausfrauen von anderen mithelfenden Berufsgruppen dar, zudem muß noch berücksichtigt werden, daß von 70 Frauen keine Angaben vorlagen.
Eine exakte Abgrenzung ist demnach nicht möglich. Der Prozentanteil der Selbstmorde bezieht sich auf die Anzahl der Selbstmordhandlungen in den jeweiligen Berufen.

Tabelle XIII:

	Zahl d. Berufe im Saarland (männl.)	SMH auf 10000		SM auf 10000	
Freie Berufe	31.920	64	2o,o	44	13,8
Beamte	21.395	22	1o,2	17	7,9
Angestellte	54.1o3	119	21,9	72	13,3
Lehrlinge	13.796	36	26,1	18	13,1
Arbeiter	180.404	363	2o,1	2oo	11,1
ohne Beruf/Pens.	21.498	130	6o,5	121	58,6
ohne Angaben u. Mithelfende	4.774	20		10	

Tabelle XIV:

	Zahl d.Berufe im Saarland (weibl)	SMH	auf 10000	SM	auf 10000
Hausfrauen	28.610	220	76,7	125	43,6
Freie Berufe	14.636	17	11,7	8	5,5
Beamte	2.353	-			
Angestellte	37.289	82	21,9	28	7,4
Lehrlinge	8.733	14	16,o	2	2,2
Arbeiter	36.027	17	4,5	7	1,9
ohne Beruf/Pens.	37.259	19	5,1	11	2,9
ohne Angaben	661	70		41	

In den Tabellen XIII und XIV sind die Ziffern für Selbstmordhandlungen und Selbstmorde angegeben. Für die Anzahl der Berufe im Saarland mußten Ergebnisse einer Volkszählung aus dem Jahre 1961 zugrunde gelegt werden, da keine andere systematische Erfassung der Berufe existiert. Die Rubrik "ohne Angaben" wurde nur der Vollständigkeit wegen aufgenommen. Selbstmordziffern erübrigen sich in diesem Fall. Die Pensionäre unter dem Begriff "ohne Beruf" zusammengefaßt, mußten den Angaben der Landesversicherungsanstalt aus dem Jahre 1963 entnommen werden, da eine Erfassung bei der Volkszählung nicht erfolgte. Schüler und Studenten konnten in der Untersuchung nicht weiter aufgeschlüsselt werden; außerdem sind für Schüler keine Vergleichszahlen erhältlich.

Tabelle XV: Selbstmordhäufigkeit auf Orte verteilt.

Bevölkerung: 1 127 352

männlich	weiblich
In Orten bis 10 000 sind	In Orten bis 10 000 sind
217 (46,7 %) der Selbstmorde,	90 (39,3 %) der Selbstmorde,
es leben hier 57,1 % der männl.	es leben hier 55,6 % der weibl.
Bevölkerung.	Bevölkerung.
10 - 20 000 47 (9,7 %) der SM,	10 - 20 000 23 (1o,1 %) der SM,
es leben hier 9,3 % der männl.	es leben hier 9,4 % der weibl.
Bevölkerung.	Bevölkerung.
20 - 30 000 40 (8,2 %) der SM,	20 - 30 000 9 (3,9 %)der SM,
es leben hier 6,4 % der männl.	es leben hier 6,6 % der weibl.
Bevölkerung.	Bevölkerung.
30 - 40 000 53 (1o,9 %) der SM,	30 - 40 000 26 (11,5 %) der SM,
es leben hier 12,3 % der männl.	es leben hier 12,2 % der weibl.
Bevölkerung.	Bevölkerung.
In Neunkirchen sind 23 (4,7 %)	In Neunkirchen sind 28 (12,3 %)
der SM; Einwohnerzahl: 44.326;	der SM; Einwohnerzahl: 44.326;
es leben hier 3,8 % der männl.	es leben hier 4,1 % der weibl.
Bevölkerung.	Bevölkerung.
In Saarbrücken sind 82 (16,9 %)	In Saarbrücken sind 44 (19,2 %)
der SM; Einwohnerzahl: 130 766	der SM; Einwohnerzahl: 130 766
(59.451). Es leben hier 11,1 %	(71 314), es leben hier 12,1 % der
der männl. Bevölkerung.	weibl. Bevölkerung.
SM gesamt: 483	SM gesamt:229
16 SM sind nicht aus dem Saarland	6 SM sind nicht aus dem Saarland
5 ohne Ortsangabe.	5 ohne Ortsangabe.

Tabelle XVI: Einzelne Orte mit Selbstmordziffern pro 10 000 der männlichen bzw. weiblichen Bevölkerung.

männlich			weiblich	
8,9	10 113	Dillingen 21 953	11 840	1,7
12,1	10 559	Sulzbach 22 803	12 244	4,1
13,3	13 480	St. Ingbert 28 774	15 294	1,3
8,1	14 834	Dudweiler 30 178	15 344	1,9
10,4	15 544	Homburg 32 358	16 814	5,3
7,9	18 706	Völklingen 39 764	21 058	4,2
5,9	16 695	Saarlouis 36 353	19 658	2,5
11,2	20 473	Neunkirchen 44 326	23 853	11,8
13,8	59 451	Saarbrücken 130 766	71 315	6,1

Den Aufstellungen über die Selbstmordhäufigkeit in saarländischen Orten unterschiedlicher Größe liegen die Berichte des Statistischen Amtes des Saarlandes über Bevölkerungsentwicklung Dezember 1969 zugrunde.

b. Auszählung der Klinikdaten.

Patienten, die in den Nervenkliniken Homburg/Saar bzw. Merzig/Saar zur Aufnahme kamen.

Wie bereits oben erwähnt, waren 235 der insgesamt 1241 Personen in psychiatrischer Behandlung oder Begutachtung gewesen. Es lagen zum Teil Krankenblätter, zu einem geringeren Teil nur Gutachten vor. Eine Trennung der Daten aus der Nervenklinik Merzig und Homburg erschien nicht sinnvoll, da die Zahl der Selbstmordhandlungen für eine aussagefähige Aufteilung nicht umfangreich genug waren. Nicht alle Angaben konnten verwertet werden, da in den Anamnesen einerseits überhaupt keine Vermerke gemacht worden waren, andererseits in manchen Fällen nicht zu entscheiden war, ob die betreffenden Punkte erfragt und negativ beantwortet, oder ob sie nur vergessen worden waren.

Tabelle XVII:

männlich			weiblich		
Zivilstand	Anzahl	%	Zivilstand	Anzahl	%
ledig	4o	27,o	ledig	15	17,2
verheiratet	91	61,5	verheiratet	47	54,2
verwitwet	3	2,o	verwitwet	13	14,9
geschieden	4	2,7	geschieden	9	1o,3
Rest	10	6,8	Rest	3	3,4
gesamt	148		gesamt	87	

Aufteilung des Zivilstandes nach der Anzahl der Versuche und der Anzahl der Selbstmorde bzw. Selbstmordversuche, wobei die Versuche noch nach den Kriterien aufgeteilt wurden:

1 = geglückt; 2 = durch Dritte verhindert; 3 = durch ärztlichen Eingriff verhindert; 4 = mißlungen, Mittel unzureichend; 5 = SMV eindeutig demonstrativ.

Tab. XVIII: männlich

ledig	15	8	5	1	1	2	8	ges. 40
Anzahl d.Versuche	1	2	3	4	5	7	ohne Ang.	
SMV bzw. SM	3x1	2x3	1x1	1x5	ohne Ang.	1x3	5x1	
	1x3	1x4	1x4			1x5	1x2	
	7x4	1x5	1x5				1x3	
	2x5	4 ohne Angab.	2 ohne Angab.				1 ohne Angab.	
	2 ohne Ang.							

Tabelle XIX:

verheiratet	35	13	7	1	1	34	ges. 91
Anzahl der Versuche	1	2	3	6	9	ohne Angab.	
SMV bzw. SM	18x1	4x1	3x1	1x4	1x5	25x1	
	3x2	1x2	1x3			1x3	
	2x3	2x3	1x4			1x5	
	9x4	2x4	1x5			7 ohne Angab.	
	2x5	3x5					
	1 ohne Ang.	1 ohne Ang.	1 ohne Angab.				

Tabelle XX:

verwitwet	1	2	ges. 3
Anzahl der Versuche	1	2	
SMV bzw. SM	1x5	1x2	
		1x3	

Tabelle XXI:

geschieden	1	1	1	1	ges. 4
Anzahl der Versuche	2	3	4	ohne Angab.	
SMV bzw. SM	1	1	ohne Angab.	1	

10 Patienten ohne Angabe des Zivilstandes, von diesen 10 begingen 7 Selbstmord; eine weitere Differenzierung war nicht möglich.

weiblich

Tabelle XXII:

ledig	5	3	2	5	ges. 15
Anzahl d. Versuche	1	2	3	ohne Angab.	
SMV bzw. SM	1x4	2x1	1x1	3x1	
	1x5	1x3	1 ohne Ang.	1x4	
	3 ohne Angab.			1 ohne Angab.	

Tabelle XXIII:

verheiratet	14	4	5	1	1	22	ges. 47
Anzahl der Versuche	1	2	3	4	5	ohne Angab.	
SMV bzw. SM	8x1	1x1	2x1	1x3	1x4	18x1	
	2x2	1x2	1x3			4 ohne Angab.	
	1x3	1x3	2x4				
	1x4	1 ohne Angab.					
	2 ohne Angab.						

Tabelle XXIV:

verwitwet	3	2	8	ges. 13
Anzahl d. Versuche	1	2	ohne Angab.	
SMV bzw. SM	1x1	2x1	7x1	
	1x4		1 ohne Angab.	
	1 ohne Angab.			

Tabelle XXV:

geschieden	2	1	1	5	ges. 9
Anzahl der Versuche	1	2	3	ohne Angab.	
SMV bzw. SM	1x1	1x3	1x2	4x1	
	1x4			1 ohne Angab.	

Es bleibt ein Rest von 3 weiblichen Suicidanten ohne Angabe des Zivilstandes, davon begingen 2 SM. Der Anteil an unbekannter Versuchsanzahl ist wohl darauf zurückzuführen, daß auch von Verwandten keine Angaben gemacht wurden oder gemacht werden konnten.

Tab.: XXVI: Religion

0	1	2	4	6	7	Rest	gesamt
2	79	131	2	1	1	19	235

Schlüssel s. unten

Religion:

keine (0); evang/prot. (1); r.kath. (2); orthodox/altkathol. (3); and.christ.Relig. (4); kl. Sekten (5); Zeugen Jehova (6); freirelig. (7); israelitisch (8); andere (9).

Ausübung der Religion war nicht zu erfassen.

Tab. XXVII: Behandlung in einer Nervenklinik vor den jetzigen Selbstmordhandlungen.

0	1	2	3	4	5	6	9	gesamt
41	25	68	13	3o	6	4	48	235

Schlüssel s. unten

0 = von den Suicidanten, die früher nicht in der Nervenklinik waren, begingen 4 Selbstmord.

1 = Von den Suicidanten, die früher wegen SMV in der Nervenklinik waren, begingen 13 SM.

2 = Von den Suicidanten, die früher wegen einer Psychose ohne SMV in der Nervenklinik waren, begingen 55 SM.

3 = Von den Suicidanten, die früher wegen einer abnormen Reaktion ohne SMV in der Nervenklinik waren, begingen 8 SM.

4 = Von den Suicidanten, die früher aus anderem Anlaß in der Nervenklinik waren, begingen 18 SM.

5 = Von den Suicidanten, die früher wegen mehreren Gründen mit SMV in der Nervenklinik waren, beging 1 SM.

6 = Von den Suicidanten, die früher aus mehreren Gründen ohne SMV in der Nervenklinik waren, begingen 3 SM (SMV Anamnese).

7 = Von den Suicidanten, bei denen unbekannt ist, ob sie früher in der Nervenklinik waren, begingen 19 SM.

Tabelle XXVIII: Nachbehandlung.

nein	8
durch den Hausarzt	0
durch den praktischen Nervenarzt	5
durch Ambulanz/ Poliklinik	2
Teilzeitklinik/ Nachsorgeeinrichtung	5
unbekannt	215.

Tabelle XXIX: Stationäre Behandlung unmittelbar vorausgegangen:

nein	187	Entlassung vor einer Woche	6
		Entlassung vor 1-2 Wochen	4
		Entlassung vor 2-4 Wochen	3
		Entlassung vor 1-3 Monaten	22
		gesamt:	35

ohne Angabe 13.

Von den 35, die unmittelbar vor ihren SMH in der Nervenklinik gewesen waren, begingen 24 SM (68,6 %).

Tabelle XXX: Entlassung

aus medizinischer Indikation	21
gegen ärztlichen Rat	4
disziplinarisch	1
aus anderem Anlaß	5
ohne Angaben	2o4

Angaben über die Entlassungen waren nicht direkt aus dem Krankenblatt zu entnehmen.

Tabelle XXXI: Alkoholisiert bei SMV

nein	11
ja	26
unbekannt	111

Über den Einfluß des Alkohols läßt sich nichts sagen.

Tabelle XXXII: Klinikeinweisung nach SMV

nein	128
direkt Nervenklinik Homburg	9
direkt Nervenklinik Merzig	16
nur and. Krankenhaus	18
and. Krankenhaus, dann Verlegung NKL Homburg	27
and. Krankenhaus, dann Verlegung NKL Merzig	19
unbekannt	18

Tabelle XXXIII: Syndromdiagnose

agitiert	gehemmt	hypochondrisch	dysphorisch gereizt	andere/unbek
8	7	2	10	89

ohne Angaben: 119

Die Zahlen konnten zum Teil nur indirekt geschlossen werden.

Tabelle XXXIV: Ängstlich

nein	51
ja	9
unbekannt	175

Die Zahlen konnten zum Teil nur indirekt geschlossen werden.

Tabelle XXXV: SMV angekündigt

männlich

nein	9	ja	42	unbekannt	97

weiblich

nein	5	ja	28	unbekannt	54

Die Zahlen konnten zum Teil nur indirekt geschlossen werden.

Tabelle: XXXVI:

	abnorme Erlebnisreakt.	psychopath. Persönlichkeit	Alkoholismus	psychische Stör. d. Medikamente	Zyklothymie depressive Phase	Schizophrenie	psychische Stör. b. Hirnprozessen Hirnatrophie Hirnarterioskler.	Epilepsie	abnorme Kinder u. Jugendliche	Debilität	Progr. Paralyse	Encephalomyelitis	Commotio cerebri	Hirnverletzung	endot. veget. Störungen	Erkrankungen d. Knochen, Gelenke, Muskeln	gesamt
Liebeskummer	1									1							2
Ehekrise	7	1	4		1			1		1							15
and.famil. Schwierigk.	4		4				1		1								10
Beruf	2						1										3
inkrimin.Handl. Haft	3	6	1				2	1									13
Krankheit/ Schmerzen	2		1		14	17	8	3			1			1			47
Vereinsamung Verstimmung Insuffizienz	9	4	4			2			1								20
Geld/Schuld.	1		1														2
andere	3	2	2	1	2	3		3		1		1	1	1	1	1	22
gesamt	32	13	17	1	17	22	22	8	2	3	1	1	1	2	1	1	

Tabelle: XXXVII

	abnorme Erlebnisreakt.	Psychopath. Persönlichk.	Alkoholismus	Psych.Stör. d. Medikamente	Zyklothymie manisch atypisch	Schizophrenie	Psych.Stör. bei Hirnprozessen, Hirnatrophie Hirnarterioskler.	Epilepsie	abnorme Kinder u. Jugendl.	Progr.Paralyse	Encephalitiden Encephalomyelitid.	Extrapyramid. Erkrankungen	neurale Muskel-atrophie	Kopfschmerzen Sudeck-Syndrom	gesamt
Liebeskummer	1														1
Ehekrise	1					1	1				1				4
and.famil.															
Schwierigk.	3								2	1	1				7
Beruf															-
inkrimin.H.															
Haft			1												1
Krankheit/ Schmerzen	1	2	2		10	15	9				2	1	1	1	45
Vereinsam. Insuffizienz Verstimmung	3	2	1		1		1		1						9
Geld/ Schulden	1														1
andere		2	1			4	1			1					9
gesamt	10	6	5		11	20	12		3	2	4	1	1	1	

Tabellen XXXVI und XXXVII: Nosologische Diagnose und angeblich auslösende Momente:

Zu Tab. XXXVI:

6 ohne Angaben der Momente
1 andere familiäre Schwierigkeiten
1 inkriminierte Handlung / Haft
6 Krankheit, Schmerzen

ges. 14 ohne Angaben der nosologischen Diagnose.

insgesamt 148 Männer.

Zu Tab. XXXVII:

7 ohne Angaben der auslösenden Momente
2 andere familiäre Schwierigkeiten
1 Krankheit / Schmerzen

ges. 10 ohne Angabe der nosologischen Diagnose.

insgesamt 87 Frauen.

Die Anzahl der aufgeführten Diagnosen spiegelt die Vielzahl der endgültigen Diagnosen in den Krankenblättern wieder. Die Zusammenstellung der auslösenden Momente ist modifiziert nach W. PÖLDINGER (1968/69).

Tabelle XXXVIII: Broken Home Situation:

1. Im Alter von 11 - 2o Jahren sind 14 Broken Home Anamnesen, wobei 10 positive Anamnesen waren, bekannt.

   2 uneheliche Geburten

   1 Tod der Mutter vor dem 15. Lebensjahr

   3 Tod des Vaters vor dem 15. Lebensjahr

   5 Scheidung, Trennung der Eltern

   5 Heimaufenthalt

   In dieser Altersgruppe sind 15 Selbstmordhandlungen 93,3 % mit Broken Home Anamnesen, wobei 71,4 eine positive Anamnese hatten.

2. Im Alter von 21 - 30 sind 39 Broken Home Anamnesen, wobei 14 positive Anamnese haben. In dieser Altersgruppe sind 55 Selbstmordhandlungen. 68,5 % Broken Home Anamnesen, wobei 37,8 % positive Anamnesen haben.

   5 uneheliche Geburten

   3 Tod der Mutter vor dem 15. Lebensjahr

   6 Tod des Vaters vor dem 15. Lebensjahr

   4 Scheidung, Trennung der Eltern

   5 Heimaufenthalte.

3. Im Alter von 31 - 40 sind 30 Broken Home Anamnesen, wobei 6 positive Anamnesen haben.
   In dieser Altersgruppe sind 44 Selbstmordhandlungen. 63,6 % mit Broken Home Situationen, wobei 21,5 % positive Anamnesen haben.

4. Im Alter von 41 - 50 sind 33 mit Broken Home Anamnesen, wobei 5 positive Anamnesen haben. In dieser Altersgruppe sind 44 Selbstmordhandlungen. 77,2 % Broken Home Anamnesen, wobei 14,7 % positive Anamnesen haben.

5. Im Alter von 51 - 60 sind 30 Broken Home Anamnesen, wobei 5 positive Anamnesen haben. In dieser Altersgruppe sind 41 Selbstmordhandlungen, 6o,9 % Broken Home Anamnesen, wobei 20 % positive Anamnesen haben.

6. Im Alter von 61 - 70 sind 15 Broken Home Anamnesen, wobei keine positiv ist. In dieser Altersgruppe sind 29 Selbstmordhandlungen, 37,9 % Broken Home Anamnesen, keine positive.

7. Im Alter von 71 - 80 sind 5 Broken Home Anamnesen, wobei keine positive Anamnese ist. In dieser Altersgruppe sind 6 Selbstmordhandlungen, 83,3 % Broken Home Anamnesen, wobei 20 % positive Anamnesen haben.

Es wurden bei der Aufstellung über die Situation im Elternhaus die Anzahl der Selbstmordhandlungen einer Altersgruppe, die Broken Home Anamnesen und die sich tatsächlich ergebende Gefährdung im Jugendalter (positive Anamnese) verwendet.
Die Zahlen bei der Aufgliederung der einzelnen Broken Home Situationen ergeben mehr als unter der positiven Anamnese angegeben, da mehrere Gefährdungen bei einem Suicidanten möglich sind.

D. ERLÄUTERUNGEN ZU DEN ERGEBNISSEN

Die vorliegende Arbeit wird in ihrer Aussagekraft hinsichtlich der Wertung der Selbstmordhandlungen durch die Tatsache begrenzt, daß nur der kleinere Teil (235 = 18,9 %) der vom statistischen Landesamt registrierten Selbstmordhandlungen zu irgend einem Zeitpunkt in der Klinik war. Sicherlich liegt der tatsächliche Anteil an Selbstmordhandlungen in einer psychiatrischen Klinik sehr viel höher, da zum Beispiel in der Nervenklinik Homburg/Saar im Jahre 1963 allein 84 Selbstmordversuche (WERNER) zur Aufnahme kamen. Da jedoch auch die Krankenblattunterlagen den persönlichen Stil des jeweiligen behandelnden Arztes tragen, muß man starke Unterschiede in der Akzentuierung der Anamnese und der Beurteilung in Kauf nehmen. Erschwerend kommt hinzu, daß der Patient und dessen Angehörigen häufig schon deshalb Angaben verfälschen, um eventuell daraus resultierende Schuldgefühle nicht aufkommen zu lassen. Man muß deshalb den relativen Wert einer, zudem nicht auslesefreien , Gruppe betonen. Um Unsicherheiten hinsichtlich der ärztlichen Anamnese zu mindern, scheint es sinnvoll zu sein, einen Standardkatalog an Anamnesenfragen aufzustellen, der unter anderem auch eine spezielle SMV- Anamnese enthalten sollte. Selbst die zahlenmäßige Erfassung der Selbstmorde

zeigen nicht immer die tatsächlichen Verhältnisse, da durch die diskriminierende Wirkung in der Öffentlichkeit besonders in religiösen Gemeinschaften mit engen Familienbindungen die Angehörigen immer versucht sein werden, einen Selbstmord zu verdecken. Nicht selten macht unter diesen Bedingungen auch der behandelnde Hausarzt von der Schweigepflicht Gebrauch und sieht von einer Meldung ab.

1. Gesamte Auszählung.

Selbstmord und Selbstmordversuche bei Männern und Frauen.

Zu Abb. 1 und 2:

Im Zeitraum 1964 - 1968 stehen 231 SMV von Frauen 298 SMV von Männern gegenüber. Das entspricht einem Verhältnis 1 : 1,3, während das Verhältnis in der gesamten Auszählung, also SM und SMV 1 : 1,6 beträgt. Dies bedeutet, daß der Anteil der Frauen am SMV zwar höher liegt als es bei SM (1 : 2,1) der Fall ist, von einer Bestätigung der Zahlen in der Weltliteratur, die bei SMV das Verhältnis Männer zu Frauen mit 1 : 3 und 2 : 3 (LINDEN) angeben, kann bei diesen

Untersuchungen nicht gesprochen werden. Bei einer Gegenüberstellung der Suicide und Suicidversuche, wobei keine Trennung nach Geschlecht erfolgt, ergibt sich ein Verhältnis Selbstmorde / Selbstmordversuche von etwa 1,3 : 1. K. THOMAS gibt für Deutschland dieses Verhältnis mit ungefähr 1 : 1,2 im Jahre 1959 an. Die nahezu genaue Umkehrung dieser Vergleiche zeigt ein Ansteigen der Selbstmorde an.

Während nun bei den Männern in der Selbstmordbewegung ein deutlicher Trend ab 1965 nach oben besteht, muß man bei den Frauen nach einem deutlichen Höhepunkt im Jahre 1967 einen Abwärtstrend annehmen, der allerdings erst genau eingeordnet werden kann, wenn die weiteren Jahre verfolgt werden. Der Anstieg bei den Männern im Jahre 1966 könnte immerhin mit der Rezession im Jahre 1966/67 zusammenhängen; weshalb der Gipfel bei Frauen ein Jahr später liegt, bleibt unklar; als nicht direkt Betroffene reagierten die Frauen möglicherweise zunächst mit erhöhtem SMV in den Jahren 1965 und 1966.

Die besondere wirtschaftliche Struktur des Saarlandes mit seiner Abhängigkeit von Kohle, Stahl und Landwirtschaft läßt die oben genannte Annahme berechtigt erscheinen, zumal bei den

Selbstmordhandlungen eine abschwächende Tendenz nach Überwindung der Krise erkennbar ist. Die auf 10 000 der männlichen Bevölkerung korrigierten Zahlen (Tab. I) bestätigen die Feststellung, daß 1966 die Selbsttötungen bei den Männern ansteigen, während bei den Frauen der Anstieg erst 1967 zu verzeichnen ist (Tab. III).

Die absoluten Angaben über das Alter bei Selbstmordhandlungen (Tab. V) zeigen, bei beiden Geschlechtern, deutlich einen Gipfel im dritten Lebensjahrzehnt. Bei Betrachtung des Selbstmordanteils in Prozent ist allerdings festzustellen, daß der Gipfel bei den Frauen hauptsächlich durch Versuche zustande kam. Während bei den Männern die meisten Selbstmorde vom 21. - 3o. Lebensjahr gemacht werden (Abb. 5), begehen die Frauen im 6. Lebensjahrzehnt die meisten Selbstmorde (Abb. 6). Zwar wird mit zunehmendem Alter, bei beiden Geschlechtern, das Verhältnis von Selbstmord und Selbstmordversuch auf die Seite des Selbstmordes verschoben (Tab. V), aber die Feststellung von STENGEL, daß die Selbstmorde zwischen 60 und 70 Jahren den Höhepunkt erreichen, konnte mit dieser Untersuchung für die männlichen Selbstmörder nicht bestätigt werden. Vielmehr ist ein

Gipfel im dritten, vierten und ein etwas kleinerer im sechsten und siebten Jahrzehnt zu finden (Tab. VII, Abb. 7). Bei den weiblichen Selbstmördern wiederum bestätigt sich das langsame Ansteigen mit einem deutlichen Höhepunkt im 51. - 6o. Lebensjahr.

Beachtenswert ist jedoch auch hier wieder ein erheblicher Anstieg im 3. Lebensjahrzehnt (Abb. 8). Ein Vergleich mit der Normalbevölkerung zeigt (Tab. VI, Abb. 7 und 8), daß sich bei diesem Kollektiv kein wesentliches Überwiegen der männlichen und weiblichen Altersselbstmorde gegenüber der nach Männern und Frauen getrennten Normalverteilung ergibt (Tab. VI, VII, Abb. 7 und 8). Betrachtet man dagegen die Selbstmordhandlungen im ganzen Kollektiv, so ergibt sich bei gleicher Betrachtungsweise bei der Bevölkerung die Tatsache, daß bei den Frauen keine Abweichung zur Normalverteilung festzustellen ist (Abb. 4), und bei den Männern ein Überwiegen der Selbstmordhandlungen vom 16. - 8o. Lebensjahr vorliegt, mit einem Höhepunkt im 3. Lebensjahrzehnt (Abb. 3).

Alter und Suicidmittel:

BOCHNIK, DOTZAUER (zitiert nach LINDEN) und PÖLDINGER (1968) unterscheiden harte Methoden (Strangulation, Ertrinken, Erschießen, Schnitt- und Stichverletzungen und Abstürze bzw. Verkehrstod) und weiche Methoden, die mit den verschiedenen Arten der Vergiftung angegeben werden. Bei dieser Einteilung ergeben sich verschiedene Überschneidungspunkte, wie z.B. das Trinken von ätzenden Flüssigkeiten und das Einnehmen von Ratten- bzw. Pflanzengiften. In dieser Arbeit soll jedoch der besseren Vergleichbarkeit wegen die Einteilung nach den oben genannten Autoren vorgenommen werden. Bei den gesamten Selbstmordhandlungen dieser Untersuchung überwiegen bei den Männern die harten Methoden mit 58,5 %, bei den Frauen machen sie nur etwas über ein Drittel aus (38,3 %) (Tab. X). Die entsprechenden Zahlen für den vollendeten Suicid stimmen mit 66,2 % aller Suicide in etwa mit Untersuchungen von FABEROW et al. (1957) in Los Angeles überein (zitiert nach LINDEN), die einen Anteil der harten Methoden bei Männern von 58,9 % fanden und mit Zahlen für die Bundesrepublik Deutschland, die K.J. LINDEN (1958) mit 61,5 % aller Suicide im Jahre 1958 angibt, vergleichbar sind.

Für die Frauen ergibt sich ein Wert,der beträchtlich über den von DOTZAUER angegebenen 36,2 % liegt. Mit 52,9 % scheint sich ein Ausgleichsprozess bei vollendetem Suicid zwischen Frauen und Männern anzubahnen. Im Gegensatz zu dem hohen Anteil harter Suicidmittel, die bei Selbstmord verwendet werden, stehen beim Versuch die weichen Mittel mit 61,4 % bei Männern und in noch größerem Maße bei den Frauen mit 76,6 % im Vordergrund. Hier scheint sich also mit allem Vorbehalt doch die fragliche Ernsthaftigkeit wenigstens der männlichen Selbstmordversuche auszudrücken. Bei den Frauen ist dieser Schluß nicht ohne weiteres erlaubt, da man mit K. HAGENBUCHNER postulieren kann, daß dem Weiblichen zumindest in jüngeren Jahren die brutale Handlung des Männlichen abgeht, zumal auch die romantische Vorstellung eines besseren Lebens nach diesen Qualen zu weit ungefährlicheren, nur Schlaf erzeugenden und damit den Körper verschonenden Mitteln greifen lassen könnte. Interessant scheint in diesem Zusammenhang noch die Tatsache, daß bei weiblichen Selbstmordhandlungen "Erhängen" vom 11. - 5o. Lebensjahr 20mal vorkommt, vom 51. - 80. Lebensjahr aber 29mal (Tab. IX). Parallel dazu nehmen die

Schlafmittel, abgesehen von einem ambivalenten 6. Lebensjahrzehnt ab. Diese Zunahme der härteren Mittel im höheren Alter kann auf eine Resignation hindeuten, die bei den alten Leuten noch durch Einsamkeit unterstützt wird.

Für die gesamten Suicidmittel ergibt sich auf einzelne Altersstufen verteilt (Zusammenfassung der Tabellen VIII und IX):

Alter	weiche Mittel		harte Mittel	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
11-15	5	13	6	6
16-2o	32	39	20	12
21-3o	99	65	1o7	28
31-40	81	57	82	27
41-50	52	47	6o	23
51-60	40	37	72	40
61-70	21	16	69	25
71-80	6	4	18	13
81-90	1	-	5	2

Der hohe Anteil von harten Mitteln bei den Männern im 3. Lebensjahrzehnt läuft deutlich parallel zu dem starken Anstieg der Suicide im

gleichen Altersabschnitt (Abb. 3 und 5).

Betrachtet man nun aber den Anteil vollendeter Suicide bei Verwendung bestimmter Mittel (Tab. VIII, IX, X), so ergibt sich folgende Zusammenstellung (in Klammern sind die entsprechenden Werte einer Untersuchung von K. DAHM und K. HÄNDEL angeführt):

	männlich	weiblich
a) Hypnotica, Analgetica	28,8 % (14,6 %)	31,o % (11,3 %)
Pflanzen-, Rattengift	88,3 % (-)	70,o % (-)
ätzende Flüssigkeit.	75,o % (-)	72,7 % (-)
Gas	54,3 % (54,5 %)	63,6 % (5o,o %)
b) Erhängen	92,9 % (84,7 %)	85,7 % (91,6 %)
Ertränken	78,2 % (82,7 %)	8o,o % (81,8 %)
Sturz	69,5 % (36,3 %)	73,9 % (42,8 %)
Erschießen	83,6 % (84,o %)	5o,o % (-)
Verkehrstod	83,3 % (-)	91,6 % (-)

Man erhält so den Grad der Gefährlichkeit der Mittel, wobei hier die Frage der Ernsthaftigkeit nicht endgültig geklärt werden kann.

Im Hinblick auf den Ausgang des Suicidversuches sind die sogenannten weichen Mittel - Pflanzen-, Rattengifte und ätzende Flüssigkeiten - bei Männern und Frauen im gleichen Maße problematisch zu bewerten, wie harte Mittel. Harte Mittel sind in jedem der obengenannten Fälle mit einem sehr hohen Selbstmordrisiko verbunden; interessant scheint zu sein, daß der Suicidant, wenn er diese Mittel anwendet, in starkem Maße die Öffentlichkeit teilnehmen läßt, da die verwendeten Methoden schlecht zu verheimlichen sind.

Beruf und Selbstmordhandlungen.

Nach E. STENGEL soll ein höherer Lebensstandard zu einem erhöhten Selbstmordrisiko führen, da die soziale Stellung umsomehr gefährdet ist, je höher der Lebensstandard ist. Zudem wird man eine Abhängigkeit vom beruflichen Risiko erwarten, so daß zum Beispiel Lehrlinge mit ungesicherter beruflicher Stellung, freie Berufe oder gar nur Mithelfende in den Familien einen hohen Anteil an Selbstmordhandlungen erwarten lassen. Unter weiblichen Mithelfenden wird zum überwiegenden Teil die Hausfrau verstanden. Bei diesem Teil der Suicidanten, ebenso wie bei Pensionären, die hier mit

"ohne Beruf" angegeben sind, spielen noch andere Ursachen mit. PÖLDINGER erinnert hier mit Recht an die erdrückende Einsamkeit, die auch eine formal und sexuell scheinbar unauffällige Ehe bedeuten kann. Bei Jugendlichen können sich aus der Tatsache eines unfähigen Elternhauses Insuffizienzerlebnisse entwickeln und zu einem möglichen Versagen führen. Für alte Menschen, die zudem noch auf ein geregeltes Betätigungsfeld verzichten müssen, stellt sich leicht das Gefühl ein, überflüssig zu sein, zur Last zu fallen oder Krankheiten werden befürchtet.

In den Tabellen XI und XII scheint sich die oben wiedergegebene Auffassung, zumindest in Bezug auf die männlichen Selbstmordhandlungen, zu spiegeln. Der Anteil der Facharbeiter fällt allerdings sehr hoch aus und mit Abstand kommen dann erst die Spalten "ohne Beruf, Hilfsarbeiter und Angestellte".
Nach E. STENGEL müßten die Facharbeiter sogar die niedrigste Selbstmordfrequenz von allen Einkommens- und Berufsklassen haben. Leider waren in Tab. XIII die Facharbeiter nicht getrennt aufzuführen, da es keine Aufstellung gibt, die eine entsprechende Unterteilung vornimmt.
Bei den Frauen liegen bei absoluter Betrachtungsweise an erster Stelle, wie erwartet, die Hausfrauen und mit großem Abstand die Angestellten. Der dennoch relativ hohe Anteil der Angestellten an den Selbstmordhandlungen (Männer 15,1 %, Frauen 17,8 %)

müßte größere Beachtung verdienen. Die eigentlich aussage-fähigen Angaben müssen die Selbstmordhandlungen bezogen auf 10 000 des jeweiligen Berufsanteiles in der Bevölkerung sein (Tab. XIII und XIV). Hier liegt klar auf der Hand, daß Pensionäre, Lehrlinge, Hausfrauen und auch Angestellte in hohem Maße gefährdet sind. Bei den männlichen Pensionären fällt außerdem auf, daß sie ihre Selbstmordhandlungen konsequenter durchführen, was die Tatsache zeigt, daß die Selbstmordhandlungen pro 10 000 fast identisch sind mit der Selbstmordziffer. Alter und Einsamkeit sind offensichtlich für alte Männer schwerer zu ertragen, da sie sich lange Zeit auf ihren Beruf konzentriert hatten und ihnen nun die Bewältigung eines ausschließlich häuslichen Lebens schwer fällt. (HAGENBUCHNER). Die Selbstmordziffern zeigen, daß bei den Männern mit Ausnahme der Pensionäre, die freien Berufe, Angestellte und Lehrlinge überwiegen, bei den Frauen mit weitem Abstand die Hausfrauen.

Auf die Problematik der Abgrenzung der Berufssparten bei den Männern, insbesondere der "Pensionäre" von " ohne Angaben", sowie bei den Frauen die Abgrenzung der "Hausfrauen" von "Pensionären" bzw. "ohne Angaben" wurde bei den Tabellen XIII und XIV schon eingegangen.

Selbstmordhäufigkeit in Orten verschiedener Größe

Eine positive Korrelation zu Selbstmord hat nach E. STENGEL das Leben in großen Städten, da hier wohl neben anderen, weiter oben genannten Faktoren, noch hohe Bevölkerungsdichte, kranke Familienstruktur, Vereinsamung und starker Alkoholismus eine wesentliche Rolle spielen.

Das Saarland dagegen hat eine stark ländlich geprägte Struktur. 35,8 % der gesamten Bevölkerung leben in Orten bis 5 000 Einwohner; bis 10 000 sind es 56,3 % und in Orten von 10 000 - 40 000 Einwohner leben nur noch 28,1 %. Demnach ist es nicht verwunderlich, daß 43,7 % aller Selbstmorde in Orten bis 10 000 Einwohner passieren. Unterschiedliche Anteile ergeben sich bei Männern und Frauen.

Frauen können in Orten bis 30 000 Einwohner offensichtlich problemloser leben als Männer, da sie dort, mit Ausnahme der Ortschaften von 10 - 20 000 nie den prozentualen Anteil der Bevölkerung erreichen. Erst in Städten, wie Neunkirchen, Saarbrücken, Homburg, Völklingen und Sulzbach erreichen die Selbstmordziffern wieder außergewöhnliche Werte. In Neunkirchen übertrifft die Selbstmordziffer pro 10 000 mit 11,8 sogar die

männliche Quote um o,6 pro 10 000. Rechnet man die Quote der Frauen auf die Selbstmordziffer um, also pro 100 000 und Jahr, so ergibt sich ein Wert von 23,6. Der Jahresdurchschnitt für die weibliche Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland im Zeitraum 1961 - 1963 betrug 16,2 pro 100 000.

Bei den Männern liegt der prozentuale Anteil an Selbstmord überall im Bereich der Verteilung der Bevölkerung, lediglich in den Städten von 30 - 40 000 liegt der Prozentsatz an Selbstmord etwas niedriger. Greift man sich allerdings einige Städte heraus, so ergeben sich hohe Selbstmordziffern, wobei hier Saarbrücken mit 13,8 / 10 000 oder 27,6 / 100 000 auf den Jahresdurchschnitt berechnet vor St. Ingbert mit 13,3 / 10 000 oder 26,7 / 100 000, ebenfalls auf den Jahresdurchschnitt berechnet, liegt.

Vergleichszahlen aus anderen Städten, wie z.B. San Francisko 1962 - 1964 liegen etwas über 30 / 100 000 und Jahr (Suicide Prevention 1969); jedenfalls liegen diese Zahlen aber noch unter dem Jahresdurchschnitt, der 1961 - 1963 für die BRD mit 33,3 angegeben wurde (E. STENGEL). Mit hohen Selbstmordziffern belastet sind, außer den oben genannten Städten im Saarland, Sulzbach, Neunkirchen und Homburg.

2. Auszählung der Klinikdaten.

Die prinzipiellen Einschränkungen bezüglich der Verwendbarkeit der Statistiken sollen bei den Erläuterungen der einzelnen Ergebnisse, soweit erforderlich, ergänzt werden. Die Auszählung des Zivilstandes (Tab. XVII) mußte auf die 235 Personen beschränkt bleiben, da die Angaben des Statistischen Landesamtes nicht vollständig waren. Vielleicht ist es darauf zurückzuführen, daß bei den Männern 61,5 % mit Selbstmordhandlungen verheiratet waren und nur 27,o % ledig; bei den Frauen sind ebenfalls mehr verheiratet als ledig (54,2 % bzw. 17,2 %), verwitwet 14,9 % oder geschieden 1o,3 %. DAHM und HÄNDEL fanden jedoch in ihren Erhebungen ähnliche Verhältnisse, so daß möglicherweise doch auf den Druck einer Ehe in bezug auf die Entscheidung zur Selbstmordhandlung geschlossen werden kann. Auch der Prozentsatz der Selbstmorde bei verheirateten Männern liegt mit 54,9 % sehr viel höher als bei ledigen mit 22,5 %. Bei den Verwitweten kam überhaupt kein Selbstmord vor, bei den Geschiedenen in 3 von insgesamt 4 Fällen. Auffallend ist noch, daß der Anteil der Verheirateten, die sich bei dem ersten Versuch töteten, mit 18 doch sehr hoch liegt (Tab. XIX); allerdings

waren 25 Selbstmorde ohne Angaben über die Anzahl der Versuche.

Bei den Frauen ist der Anteil der Selbstmorde bei den Verwitweten am größten mit 76, 8 % (Tab. XXIV). Zwar ist die Anzahl der Verwitweten absolut und auch, im Vergleich zu den restlichen Frauen, mit nur 14,9 % zu klein, aber dennoch scheint sich hier zu bestätigen, daß verwitwete Frauen gefährdeter sind als verheiratete oder ledige.

Feststellung der Religion (Tab. XXVI).

Die Religion stellt ein besonders schwieriges Problem dar, da auch die Angaben aus den Berichten des Statistischen Landesamtes nicht verwertet werden können. Der Teil der Bevölkerung, der keine Angaben mehr über die Religionszugehörigkeit macht, ist zu groß geworden. So gibt uns die große Zahl der Katholiken keinen Aufschluß darüber, ob die auf die Bevölkerung korrigierte Zahl entsprechend ihrem absoluten Verhältnis aussehen würde. Die saarländische Bevölkerung ist zum großen Teil katholisch, so daß unter diesem Gesichtspunkt die Zahl der protestantischen Suicidanten etwas zu hoch zu sein scheint.

Unmittelbar vorausgegangene stationäre Behandlung und Grund für frühere Klinikaufenthalte (Tab. XXVII und XXIX).

Die Angaben über die unmittelbar vorausgegangene stationäre Behandlung (Tab. XXIX) in Verbindung mit dem Grund früherer Klinikeinweisungen (Tab. XXVII) zeigen besonders deutlich, daß die Versorgung der Patienten nach der Klinikentlassung von der Klinik selbst oder von entsprechenden Einrichtungen intensiver betrieben werden muß, zumal, wenn man bedenkt, daß 69 der 121 Selbstmörder früher in direktem Zusammenhang mit SMV oder wegen einer Psychose in der Nervenklinik waren. Noch dringender zeigen die folgenden Zahlen die Behandlungsbedürftigkeit der Patienten nach der Entlassung: 102 der 121 Selbstmörder waren früher schon einmal in einer Nervenklinik. Aus den Zahlen zur Klinikeinweisung (Tab. XXVI) läßt sich zudem entnehmen, daß die Betreuung der unmittelbar Gefährdeten verbessert werden müßte. Zwar ergibt sich unter Berücksichtigung der direkten Klinikeinweisungen in Homburg und Merzig, sowie der späteren Verlegungen aus anderen Krankenhäusern, daß 62,3 % der Patienten mit Selbstmordversuchen in eine Nervenklinik eingewiesen worden waren, jedoch ist der Anteil derjenigen, die un-

mittelbar nach ihrem Aufenthalt in der Nervenklinik Selbstmord begingen mit 68,6 % sehr hoch (Tab. XXIX).

Die Tabellen XXVII, XXVIII, XXX, XXXI, XXXII und XXXIV sind für eine Auswertung nicht geeignet, da die entsprechenden Angaben nur indirekt, also sehr unsicher oder gar nicht zu ersehen waren.

Auslösende Momente:

Der Beurteilung der auslösenden Momente ist grundsätzlich skeptisch zu begegnen. Das Kausalitätsbedürfnis der Patienten oder der Angehörigen ist sicherlich zu groß, um die Aussagen direkt verwenden zu können. Günstiger wird die Situation dann, wenn es sich nicht, wie in diesem Fall, um eine retrospektive Studie handelt; aber auch dann wird es nur in sehr eingehenden Gesprächen mit dem Patienten möglich sein, eine Ursachen- und Motivstudie zu betreiben, in der den auslösenden Momenten keine kausale Stellung zukommt.

Deutliche Gruppierungen ergeben sich jedoch, wenn man ein auslösendes Moment mit ein, zwei oder drei Diagnosen vergleicht. (Tab. XXXVI und XXXVII). Die Ehekrise ist bei dieser Betrachtungsweise bei 11 von 15 männlichen Suicidanten (Tab. XXXVI) mit der Diagnose "abnorme Erlebnisreaktion" und "Alkoholismus" korreliert.

Ähnlich ist es auch bei den auslösenden Momenten "inkriminierte Handlung" und "Vereinsamung, Verstimmung, Insuffizienz", wobei hier die psychopathische Persönlichkeit, so vage diese Diagnose auch sein mag, noch die beiden oben genannten Diagnosen ergänzt.

Zyklothymie und Schizophrenie sind jeweils zu ungefähr 3/4 mit "Krankheit und Schmerz" korreliert.

Bei den weiblichen Suicidanten lassen sich diese Zusammenhänge nicht erkennen. Lediglich Zyklothymie, Schizophrenie und die Diagnose "psychische Störungen bei Hirnprozessen, Hirnatrophie, Hirnarteriosklerose" ist wieder eindeutig mit den auslösenden Momenten Krankheit und Schmerz korreliert (Tab. XXXVII).

Ebenso dürfte es unmöglich sein, im Rahmen einer derartigen Arbeit, genaue Angaben über die "Broken Home" Situation zu erhalten. Erschwerend kommt hinzu, daß entsprechende Anamnesen nicht oder nur unvollständig erfragt worden sind. Schwer zu beurteilen ist auch, bis in welches Alter eine "Broken Home" Situation Einfluß auf die Selbstmordhandlung haben kann. Sicherlich kann man den Einfluß nicht dort enden lassen, wo der junge Mensch eine neue Familie gründet (Tab. XXXVIII). Es wäre also nur im Einzelfall durch einen geschulten Psychologen oder Psychoanalytiker zu erfahren, inwieweit man eine mittelbare oder unmittelbare Wirkung erwarten kann.

E. ZUSAMMENFASSUNG

Es ergeben sich aus dieser Arbeit fünf Resultate, die als erwähnenswert betrachtet werden können:

1. Der Anstieg der Selbstmordversuche und Selbstmorde in den Jahren der wirtschaftlichen Unsicherheit.

2. Der große Anteil an Selbstmorden in der männlichen Bevölkerung im 3. und 4. Lebensjahrzehnt.

3. Der hohe Anteil der Pensionäre, Lehrlinge und Angestellten an den männlichen Selbstmorden und der Hausfrauen und Angestellten an den weiblichen Selbstmorden.

4. 68,6 % der Patienten, die unmittelbar, das heißt, bis zu 3 Monaten vor ihren Selbstmordhandlungen aus der Nervenklinik entlassen worden waren, begingen Selbstmord.

5. Die Tatsache, daß in Neunkirchen die meisten Selbstmörder Frauen sind und daß der Anteil der Frauen über dem Jahresdurchschnitt der Bundesrepublik liegt.
   Für die Männer ist die "gefährlichste" Stadt im Saarland Saarbrücken, wenn auch der Jahresdurchschnitt dort unter dem der Bundesrepublik liegt.

F. LITERATURVERZEICHNIS

BERNSPANG, E.: Die Telefonseelsorge im Dienst des Selbstmordversuchs, in: Selbstmordverhütung, E. RINGEL (Hrsg). Huber, Bern 1969

BIENER, K.: Selbstmord - Epidemiologie und Prävention. Therapeutische Umschau Bern 1969

BÖCKER, F.: Klinische Maßstäbe zur Wertung eines Suicidversuches. Dtsch.med.Wschr. 16, 883-885, (1970)

DAHM, K., K. HÄNDEL: Untersuchungen über Selbstmorde und Selbstmordversuche in einem ländlichen Bevölkerungsgebiet. Materia Medica Nordmark, Uetersen 1970

FABEROW, N.L.: Grundlagen der Theorie und Praxis von Selbstmordverhütungsstellen, in: E. RINGEL (Hrsg.) Selbstmordverhütung. Huber, Bern 1969

HAGENBUCHNER, K.: Der Selbstmord der alten Menschen. Materia Medica Nordmark, Uetersen 1967

KUNST, H., R. HEITMANN: Tödliche Komplikationen bei Selbstmordversuch. Med.Welt 48, 2619-2625, (1969)

LINDEN, K.J.: Der Suicidversuch. Enke-Verlag, Stuttgart 1969

MENNINGER, K.: Das Leben als Balance. Piper Verlag, München 1968

PÖLDINGER, W.: Die Abschätzung der Suicidalität. Hans Huber Verlag, Bern 1968

PÖLDINGER, W.: Vereinsamung und Selbstmord. Wien. med. Wschr. 12, 225-31, (1969)

PÖLDINGER, W., E. RINGEL: Über die Notwendigkeit der Einrichtung von Crisis-Intervention-Clinics, in: E. RINGEL: Selbstmordverhütung. Huber-Verlag, Bern 1969

QATEMBER, R.: Klinisch-psychologische Gesichtspunkte zum präsuicidalen Syndrom, in E. RINGEL: Selbstmordverhütung. Huber-Verlag, Bern 1969

REIMER, F.: Die Aufgabe des Psychiaters in der klinischen Betreuung Suicidgefährdeter. Med. Welt 28, 1633-36, (1968)

RINGEL, E.: Neue Gesichtspunkte zum präsuicidalen Syndrom. in: E. RINGEL: Selbstmordverhütung. Huber-Verlag, Bern 1969

STENGEL, E.: Grundsätzliches zum Selbstmordproblem, in : E. RINGEL: Selbstmordverhütung. Huber-Verlag, Bern 1969

STORCK, J.: Vorläufige Ergebnisse eines Fragebogens über das Suicidalverhalten von Adoleszenten. Kinderklinik f. Neuro-Psychiatrie, Paris 1969

TOUREIME, J., A. BLOCK: La tentative de suicide approche psychiatrique en hopital général. Journal Suissède Médecine 1970

THOMAS, K.: Menschen vor dem Abgrund. Christian Wegner-Verlag, Hamburg 1970

TRUBE-BECKER, E.: Suicid bei Kindern und Jugendlichen. Münch.med.Wschr. 16, 75o-54, (1970)

WERNER, W.: Über 84 Selbstmordversuche. Dissertationsschrift, Med.Fakultät Homburg/Saar 1965

FIFTH INTERNATIONAL Conference for Suicide Prevention London 1969

STATISTISCHE UNTERLAGEN

Wohnbevölkerung nach Alter und Geschlecht

A I 3 - j/64 - 68 Saarbrücken

Bevölkerungsentwicklung, Bevölkerungsstand

A I 1 - m 12/69 Saarbrücken

Ergebnisse der Volkszählung 1961 Saarbrücken

Selbstmordzählkarten 1964 - 1968 Saarbrücken

Sterbefälle nach Todesursachen, Geschlecht

und Altersgruppen A IV 3 - j64 - 68

Berechnungsgrundlagen für Altersrente LVA Saarbrücken

LEBENSLAUF

Am 3o.1.1946 wurde ich in Tirschenreuth als drittes Kind der Eheleute Dr.Werner Kissel und Ingrid Kissel geboren.

Die Volksschule besuchte ich vom 22.4.1952 bis zum 28.1.1956 in Weisenheim/Sand. Nach dem Schulwechsel in das Leibniz-Gymnasium in Neustadt/Weinstr. legte ich dort 9 Jahre später am 4.3.1965 die Reifeprüfung ab.

Mein Studium begann ich am 3o.4.1965 in Heidelberg mit dem Fach Biologie. Im Wintersemester 1965/66 wechselte ich zum Medizinstudium, legte am 1o.1o.1966 das Vorphysikum und am 21.1o.1968 die Ärztliche Vorprüfung an der Universität Heidelberg ab.

Am 24.3.1969 immatrikulierte ich mich an der Universität des Saarlandes, wo ich das Medizinische Staatsexamen im Herbst 1971 beende.

Herrn Professor Dr. W. SCHMITT möchte ich für die freundliche Überlassung des Themas sowie für die Unterstützung und Beratung meinen besten Dank sagen.

Danken möchte ich auch Herrn Dr.med.J. BARTHEL, dem Leitenden Medizinaldirektor der Landesnervenklinik Merzig, für die Unterstützung bei der Auswertung des dortigen Krankengutes.

Mein Dank gilt auch den Mitarbeitern des Statistischen Landesamtes für das Saarland für die Zurverfügungstellung der entsprechenden statistischen Unterlagen.